

Hälsodeklaration - man

Namn:		Personnummer:			
Partners namn:		Personnummer:			
E-mail:		Telefon:			
Yrke/sysselsättning:					
Rökning: nej o ja o		Snus: nej o ja o		Alkohol? nej o ja o	
Längd:		Vikt:			
Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar	Nej	Ja	Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar	Nej	Ja
Diabetes			Njursjukdom		
Hjärtsjukdom			Bukoperation		
Lungsjukdom			Könssjukdom tex klamydia		
Blödningsbenägenhet			Depression (medicinskt behandlad)		
Reumatisk sjukdom			Underlivsoperation; testiklar eller bråck		
Gulsot			Annan allvarlig sjukdom, om ja vilken?		
Blodpropp					
Urinvägsinfektion nej o ja o		Ömhet i testiklar eller pung? nej o ja o			
Har du någon gång utfört en spermaprovsanalys? Om ja, vad visade provet?					
Antal år av ofrivillig barnlöshet:					
Antal graviditeter i nuvarande förhållande:			Antal barn:		
Antal graviditeter i tidigare förhållande:			Antal barn:		
Tar du några mediciner: nej o ja o Vilka:					
Har du någon allergi: nej o ja o Mot vad:					
Överkänslighet mot läkemedel: nej o ja o Vilka:					
Datum:		Namnteckning:			